

## Caracterización de la Población VIH-SIDA del Hospital Universitario de Caracas\*\*

Gabriela Herranz Álvarez, Sergio Ramón Ríos, Elizabeth Hernández M.\*

### Resumen

**Objetivo:** Caracterizar los pacientes con infección por VIH-SIDA atendidos en la consulta externa y hospitalización de los Servicios de Medicina Interna e Infectología del Hospital Universitario de Caracas. **Métodos:** Se recolectó información de los pacientes a través de una historia médica dirigida que incluyó información sociodemográfica, médica, de hábitos sexuales y respecto a la infección por VIH, así como conocimiento del paciente sobre su enfermedad. **Resultados:** la muestra constó de 100 pacientes, con una media de edad de 39 años; el 75% de los pacientes fue de sexo masculino y se observó que la mayoría de ellos tenía una depresión ausente o mínima (64). El grado de adherencia al tratamiento se midió con de la escala CEAT, observándose una media del índice de adhesión total de 73,16. La mayoría se agrupaba en la máxima puntuación para nuestra escala de evaluación de conocimiento de su enfermedad (33%), equivalente a un conocimiento aceptable. **Conclusión:** La población afectada son en su mayoría hombres en edad productiva. El estado de ánimo de los pacientes es un factor fundamental. El 13% requirió derivación al servicio de psiquiatría. Al correlacionar la adherencia con el grado de depresión, se obtuvo que dicha asociación era estadísticamente significativa con una  $p = 0,039$ . El conocimiento de la enfermedad en general fue aceptable, sin embargo,

independientemente del grado de información general que la población posea acerca de la enfermedad, no se modificaron las conductas de riesgo.

**Palabras clave:** VIH; SIDA; caracterización; información médica; CEAT; adherencia; depresión.

### Characterization of the HIV-AIDS Population of the Hospital Universitario de Caracas

Gabriela Herranz Álvarez, Sergio Ramón Ríos, Elizabeth Hernández M.

### Abstract

**Objective:** To characterize the patients with HIV-AIDS infection treated in the ambulatory setting and hospitalization of the Internal Medicine and Infectology wards of the Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. **Methods:** Patient information was collected through a medical history that included sociodemographic and medical information, sexual habits and HIV infection, as well as the patient's knowledge about their disease. **Results:** The sample consisted of 100 patients, with a mean age of 39 years; 75% of them were male. Most of the patients had non or minimal depression (64%). The degree of adherence to the treatment was measured applying the CEAT scale, with a mean index of total adherence in 73. Most of them people had highest score for our scale to assess disease knowledge (33%), equivalent to an acceptable knowledge. **Conclusions:** The majority of the population affected was in a productive age. The patients' mood was a fundamental factor and 13% were referred to a psychiatric consultation.

\* Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

\*\* Trabajo galardonado con Mención Honorífica En las Jornadas de Egresandos de la SVMI; nov 2017.

---

## CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VIH-SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

*The correlation between treatment adherence and the degree of depression, showed a statistically significant association ( $p = 0.039$ ). Knowledge about their disease was acceptable, but, regardless of the degree of general information that the population has about the disease, risky behaviors were not modified.*

**Key words:** HIV; AIDS; characterization; medical information; CEAT; adherence; depression.

### Introducción

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. En Venezuela se reportaron 1.453 nuevos casos para el año 2011<sup>(1)</sup> y en el 2013 se reportó una mortalidad total de 2.054 (1,37%). Entre 1997 y 2010, se registraron oficialmente un total de 101,544 casos de VIH en Venezuela, 75% de los cuales correspondían a hombres<sup>(2)</sup>.

Desde el advenimiento de la terapia antirretroviral altamente efectiva y la conversión de la infección por VIH de enfermedad incurable con alta tasa de mortalidad a enfermedad crónica tratable, surge la adherencia al tratamiento antirretroviral como un problema de salud pública a la cual se le dedica cada vez más atención.

En algunos textos, la adherencia se define como "la medida en que el comportamiento de una persona coincide con el asesoramiento médico o de salud", mientras que la no adherencia es la falla en la toma del medicamento de forma consistente<sup>(3)</sup>. En años recientes se ha enfatizado la importancia de la adherencia para la sustentabilidad del tratamiento a largo plazo. Siendo considerada la toma de al menos 95% del medicamento para asegurar una adecuada inhibición en la replicación viral<sup>(4)</sup>. Sin embargo, se ha demostrado que con adherencias algo menores a regímenes más potentes, como los inhibidores de la proteasa (PI) y los inhibidores no nucleótidos de la transcriptasa inversa, la replicación viral puede continuar suprimida, comparada con otros regímenes menos potentes y el potencial para desarrollar mutaciones es menor en esquemas que contienen IP<sup>(5,6)</sup>.

La utilidad de los cuestionarios para valorar la adherencia radica en que informan sobre las causas

de la falta de cumplimiento terapéutico, son baratos y fiables. De esta forma, existen diversos cuestionarios, dentro de los cuales están: Adherence SelfEfficacy Scale (HIV-ASES)<sup>(7)</sup>, el Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG)<sup>(8)</sup> y el Patient Medication Adherence Questionnaire (PMAQ). En España están validados los instrumentos SMAQ, SERAD y CEAT-VIH<sup>(9)</sup>.

Se conoce que existen diversos factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento antirretroviral, como los factores sociodemográficos, uso y abuso de sustancias como el alcohol, tabaco y drogas, depresión, número de esquemas usados etc. De hecho, se han llevado a cabo múltiples estudios a lo largo del mundo, evaluando dichos factores y utilizando diversos instrumentos, tanto en poblaciones latinoamericanas como en otros continentes<sup>(10-12)</sup>.

El Hospital Universitario de Caracas, por ser un centro de referencia nacional maneja una gran cantidad de pacientes del plan nacional de VIH-SIDA, sin embargo, poco se conoce sobre las principales características de los mismos. Por ello, surgió el interés de realizar una caracterización, buscando determinar cuatro grandes aspectos: 1.- sociodemográficos. 2.- Información médica. 3.- Información de hábitos sexuales. 4.- Información de los pacientes sobre la infección por VIH.

Otros trabajos en nuestro país han intentado realizar un perfil del paciente VIH, como una respuesta a la necesidad del servicio de obtener un perfil de estos pacientes y generar un sistema de información adecuado<sup>(13)</sup>.

El objetivo de nuestro trabajo consistió en caracterizar los pacientes con infección por VIH-SIDA atendidos en la consulta externa y hospitalización de los Servicios de Medicina Interna e Infectología del Hospital Universitario de Caracas.

### Métodos

El presente estudio se clasifica como un estudio observacional descriptivo.

La población estuvo constituida por todos los

pacientes con serología positiva para VIH hospitalizados o ambulatorios atendidos en el HUC. La muestra fue no probabilística, de selección intencional de los pacientes que consultaron en el período comprendido entre marzo - agosto de 2017 en los Servicios de Medicina Interna e Infectología del Hospital Universitario de Caracas. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes con o sin uso de terapia antirretroviral, mayores de 18 años y cualquier sexo.

Luego de informar al paciente y obtener el consentimiento informado, se realizó la investigación en dos partes. En la primera parte se determinó el perfil de los pacientes a través de una historia médica dirigida y la segunda sobre el conocimiento del paciente sobre su enfermedad.

Para determinar el perfil del paciente se consideró:

- Información sociodemográfica: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y Graffar.
- Información médica: Comorbilidades, hospitalizaciones previas, manifestaciones de SIDA, uso y abuso de sustancias, identificando el índice paquete/año para el hábito tabáquico y utilizando la escala AUDIT (Test de detección de desórdenes asociados al alcohol) para el hábito OH. Se determinó también el índice de masa corporal y se realizó el Inventario de depresión de Beck para el despistaje de depresión en los pacientes estudiados.
- Información de hábitos sexuales: La orientación sexual se clasificó en heterosexual, homosexual, bisexual y transexual o transgénero. Así mismo se precisaron conductas de riesgo sexual.
- Información respecto a la infección por VIH: se determinó la edad del diagnóstico, conocimiento del grupo familiar, la causa para realizar la serología, el conteo de CD4 y carga viral del inicio y actuales, la terapia antirretroviral usada y el número de

esquemas, el abandono de tratamiento y sus causas así como la adherencia al tratamiento determinada por la escala CEAT-VIH.

El Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y SIDA (CEAT-VIH) desarrollado por Remor en el 2002 es un instrumento de auto informe, de carácter multidimensional que evalúa el grado de adhesión al tratamiento que tienen las personas que viven con el VIH. Incluye 17 Rems y las respuestas están en formato tipo Likert de 5 puntos (1 a 5). Dicho cuestionario permite clasificar la adherencia mediante 17 Rems, con puntuaciones globales que oscilan entre 17 y 85. En base a la puntuación global se generan cuatro categorías de adherencia, considerándose adherencia estricta a puntuaciones mayores de 82, siendo el puntaje máximo de 85 puntos.

Como valor adicional agregado a nuestro trabajo y con el permiso y la colaboración de sus autores originales se validó la escala de CEAT-VIH en nuestra población.

En la segunda parte se describió el conocimiento del paciente de su propia enfermedad. Para evaluar dicho conocimiento se ideó una encuesta de 4 preguntas que fueron escogidas por un panel de 10 médicos (residentes y especialistas de medicina interna). Dichas preguntas fueron consideradas por la totalidad del panel como indispensables para considerar adecuado conocimiento. Las interrogantes fueron:

-1.¿Qué sistema afecta el VIH? Cuya respuesta se consideraría positiva si el paciente respondía en sus propias palabras afectación del sistema inmunológico.

-2.¿Cómo se previene el VIH? Cuya respuesta se consideraría positiva si el paciente respondía en sus propias palabras formas de evitar contagio de la infección (por ejemplo: uso de métodos de barrera, uso de tratamiento antirretroviral, abstinencia, etc.).

-3.¿Qué sucede si se interrumpe el tratamiento? Cuya respuesta se consideraría positiva si el

---

## CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VIH-SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

paciente respondía en sus propias palabras efectos deletéreos en la salud inherentes a la interrupción del tratamiento.

-4.¿Cómo se hace el seguimiento de la enfermedad? Cuya respuesta se consideraría positiva si el paciente respondía en sus propias palabras con cuál frecuencia debía acudir a la consulta y cuáles exámenes paraclínicos debían ser realizados para el adecuado monitoreo de la enfermedad.

Las preguntas fueron respondidas por los pacientes por sus propias palabras. Al final se determinaron 5 niveles de conocimiento: 1.nulo: si no se respondía ninguna pregunta; 2. bajo: respondía una pregunta; 3. intermedio bajo para 2 respuestas correctas; 4.intermedio alto para 3 respuestas y 5.aceptable si respondía las 4 preguntas.

### Resultados

La muestra estuvo constituida por 100 pacientes con diagnóstico de infección por VIH que fueron entrevistados en el período marzo - agosto 2017. De estos, 57 pacientes estaban hospitalizados.

Respecto a la información sociodemográfica, la media de edad fue 39 años, siendo el 75% de los pacientes de sexo masculino y la mayoría solteros (77). El nivel educativo del 36% era bachillerato. Llamó la atención que el grupo mayoritario se encontraba desempleado, con un total de 37 pacientes. El estrato socioeconómico predominante fue Graffar IV y este tipo de situaciones ya ha sido descrito en la literatura como un factor, que agregado a la infección, es una condición que perpetua la pobreza<sup>(15,16)</sup>.

Dentro de la información médica se observó que solo 25 de los pacientes presentaron alguna otra comorbilidad. Un alto porcentaje de los pacientes tenía hábito tabáquico (59%), con una mediana de paquetes/año de 8,5. Asimismo, la mayoría tenía hábito alcohólico de tipo social (AUDIT I 69,2%) y 20 pacientes consumían sustancias ilícitas, siendo las más frecuentemente encontradas cannabis y cocaína. El abuso de este tipo de sustancias como un factor de riesgo para desarrollar todo tipo de enfermedades está descrito

y se ha establecido que su interrupción se correlaciona con una mejoría en la calidad de vida de los individuos<sup>(17,18)</sup>.

El IMC promedio fue de 20,5, y el 53% de los pacientes tenía peso normal, con 34% de los pacientes en estado de desnutrición.

Por último, en lo referente al estado anímico, se observó que la mayoría de los pacientes no tenía depresión o era muy leve (64%); 13 de los pacientes restantes requirieron evaluación y seguimiento psiquiátrico por presentar depresión moderada o grave.

La mayoría de los pacientes (63) tenían orientación heterosexual y una mediana de número de parejas sexuales de 6, variando de 1 a 100 parejas. La edad media de inicio de relaciones sexuales fue de 16 años y la mayoría de la población tenía factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual dadas por promiscuidad en un 32% y no uso de métodos de barrera en un 78%.

Ya pasando a la información respecto a la infección por VIH se evidenció que la edad media de infección en nuestra población es de 31 años (4-72 años). La mediana del tiempo de infección observada fue de 5 años. En el 92% de los casos había conocimiento del grupo familiar de la enfermedad.

Si bien no se contó con la carga viral y contaje de CD4 del total de los pacientes estudiados, se determinó la mediana de CD4 en el momento del diagnóstico, siendo esta de 110 células (con variación de 1 -1000) y el último registro disponible de CD4, siendo la mediana de 306 (con variación de 6 a 1096). De la misma forma se obtuvo la carga viral evidenciando que la mediana para el momento de infección fue de 147954 con mínimo en 50 y máximo en 1424502 y la mediana de la última carga viral registrada fue de 42579. Hubo un total de 23 pacientes que no habían recibido tratamiento antirretroviral previo (Pacientes Naive) y 13 pacientes que se encontraban en abandono de tratamiento para el momento de la encuesta.

El TARV predominante era la combinación de Inhibidores de transcriptasa reversa análogos

nucleótidos con No análogos nucleótidos (53,2%) y en segundo lugar la combinación de inhibidores análogos nucleótidos con Inhibidor de Proteasa potenciado (42,8% de los casos). Se observó como la mayoría de los pacientes (74%) tuvo alguna interrupción (esto sin significar necesariamente abandono) del tratamiento antirretroviral en el curso de su enfermedad. La razón más frecuente de abandono fue por decisión propia. Llama poderosamente la atención que un número nada despreciable de pacientes (10%), no tuvo acceso a los medicamentos.

Tabla 1. Conocimiento de la enfermedad

Variables	N	%
<b>Conocimiento de la enfermedad</b>		
Qué sistema afecta al VIH?	44	44
Sabe qué sucede si se interrumpe el tratamiento?	70	70
Sabe cómo se previene el VIH?	80	80
Sabe cómo se hace seguimiento de la enfermedad?	50	50

Se encontró que al realizar un subanálisis de estos datos correlacionándolos con otras variables, de esos 47 pacientes que abandonaron el tratamiento, 35 (74,46%) estaban informados adecuadamente acerca de las consecuencias que esto podría traer. (Tabla 2).

Tabla 2. Correlación del abandono del TARV con el conocimiento de consecuencias de interrupción del tratamiento

Interrupción	Abandono del TARV		Total
	No	Si	
No	18	12	30
Si	35	35	70
<b>Total</b>	53	47	100

Pearson chi2 = 0,84 30 P = 0,359

En la **tabla 3** se analizó el conocimiento de la forma de prevención con el uso de métodos de barrera, y se observó que a pesar de que 80 pacientes sabían como se prevenía la enfermedad, 60

(75%) no utilizaban métodos de barrera al tener algún tipo de contacto sexual.

Tabla 3. Correlación del uso de métodos de barrera con el conocimiento de prevención de la infección de la enfermedad.

Prevención	Si	No	Total
No	2	18	20
Si	20	60	80
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Pearson chi2 = 2,0979 P = 0,148

El grado de adherencia al tratamiento se midió haciendo uso de la escala CEAT. Como 13 pacientes se encontraban en abandono de tratamiento y 23 eran NAIVE, la escala sólo fue aplicada a 64 de los pacientes. De ellos se observa una media del Índice de adhesión total fue de 73,16 para un máximo de 85 puntos. La mediana de adhesión total fue de 76 con mínima de 50 y máxima de 85. La fiabilidad o consistencia interna (alfa de Cron Bach) del instrumento para la muestra del presente estudio fue de 0,85, concluyéndose como una fiabilidad buena.

Realizando una asociación unidireccional de ANOVA entre la adherencia de tratamiento mediante la escala CEAT con el estado de ánimo medido con la escala de Beck, se tuvo como resultado una asociación estadísticamente significativa (p = 0,039). Se le dió la misma importancia a cada uno de los ítems del conocimiento de enfermedad, y se procedió a contabilizar, en una escala de 0 al 4, siendo cero la menor puntuación y cuatro la máxima según el número de respuestas correctas, encontrándose que la mayoría de las personas se agrupaban en la puntuación de 4 (33%), equivalente a un conocimiento aceptable; sin embargo, se encontró 1 de cada 4 pacientes tema un conocimiento bajo (11%) o nulo (14%) acerca de la enfermedad

Tabla 4. Conocimiento general de la enfermedad

Conocimiento de enfermedad	N	%
<b>Nulo</b>	14	14,00%
<b>Bajo</b>	11	11,00%
<b>Intermedio Bajo</b>	25	25,00%
<b>Intermedio Alto</b>	17	17,00%
<b>Aceptable</b>	33	33,00%
<b>Total</b>	100	100,00%



---

## CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VIH-SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

(Tabla 4). La fiabilidad o consistencia interna (alfa de Cron Bach) de este Rem en particular del instrumento para la muestra del presente estudio fue de 0.73, concluyéndose como una fiabilidad aceptable.

### Discusión

Posterior a la revisión de la literatura nacional e internacional, y de trabajos de grado de la Universidad Central de Venezuela, es de nuestro entendimiento que el presente es uno de los estudios más amplios en materia de VIH en nuestro país. Abarca de forma global múltiples aspectos de la vida y salud de los pacientes de nuestro centro, llevando a un mejor entendimiento de la dinámica de la infección por VIH del país, no bien documentado y descrito hasta la fecha.

El objetivo principal del trabajo era intentar de darle un enfoque más completo a los pacientes VIH, tomando en cuenta diversos factores de su entorno sociocultural y ver como estos afectaban la evolución de su enfermedad. Al respecto, llama la atención que la población afectada mayoritariamente son hombres en edad productiva ( $39 \pm 12$ ) hecho que se refleja directamente en una disminución en la capacidad de desarrollo socioeconómico del individuo y detrimento de la productividad<sup>(19)</sup>.

El estado de ánimo de los pacientes es un factor fundamental, pues como se ha visto ya en otros estudios, hay una correlación directa entre la depresión y el cumplimiento adecuado del tratamiento. Para este estudio, una cantidad no pequeña de pacientes requirió derivación al servicio de psiquiatría por presentar depresión moderada o grave. Se llegó a la conclusión de que, a mejor estado de ánimo, mejor es la adherencia al tratamiento. Dicha relación ya ha sido demostrada en otros trabajos<sup>(20)</sup>.

En lo referente al conocimiento de la enfermedad, se puede apreciar que la mayoría de las personas (33%) tenía un conocimiento aceptable acerca de su patología de base; si bien es cierto que es el mayor grupo, cabe mencionar que el 25% de la muestra se ubica en las categorías más bajas de la escala (conocimiento nulo o bajo). En un estudio, se encontró que 92% de los pacientes demostraron

un excelente conocimiento del VIH y su transmisión, sin embargo, no hubo asociación lineal significativa entre el conocimiento del VIH y los comportamientos de riesgo, concluyendo que el conocimiento por sí solo no limita los comportamientos de riesgo de VIH<sup>(21)</sup>.

Ya que no existe un método estándar para determinar adherencia y se ha demostrado que los métodos directos e indirectos son igual de eficaces, se utilizó el cuestionario CEAT. La adherencia global de la población estudiada fue baja (<74), menor a la observada en un estudio previo realizado en el Estado Mérida donde se consiguió una adherencia global de 84,82<sup>(22)</sup>. Por lo general se describe que adherencias de 90% son las que demuestran beneficios puesto que no se relacionan con aparición de resistencia, ni mayor número de ingresos hospitalarios y la prescripción de terapias de rescate provoca incremento de la morbilidad y la mortalidad.

### Limitaciones

Si bien se incluyeron en el estudio 100 pacientes, este número queda corto en relación al total de la población VIH- SIDA del Hospital Universitario de Caracas y el Ambulatorio Asistencial. Así mismo, al desarrollar el estudio en un centro de salud público, las características descritas pueden no representar al total de la población VIH de Venezuela al excluirse pacientes atendidos en centros privados.

### Conclusiones

Del conocimiento de diversas variables de nuestra población VIH-SIDA se pueden derivar políticas públicas y de atención a los diversos grupos, para de esta manera ser más efectivos en el control de la enfermedad, haciendo énfasis en adherencia e intervenir en variables como educación, drogadicción, depresión y acceso a la medicación.

Uno de los hallazgos más alarmantes de nuestro estudio fue el hecho de que más del 70% de la población había abandonado al menos una vez el tratamiento antirretroviral y que la mayoría lo hacía por decisión propia. Hecho que tiene un efecto directo en la morbimortalidad de nuestra población, en su grado de aceptación y conocimiento e

incluso es indicador de la calidad de atención médica y de las campañas nacionales de VIH. Otro elemento importante lo constituye la falta de acceso al tratamiento. Hecho notorio en este último año, que lleva en ocasiones a abandonos involuntarios de tratamiento y a todas las consecuencias derivadas de un sistema de salud ineficiente.

Si bien caracterizar y describir es un elemento importante para la ciencia y la investigación, llama la atención el desconocimiento de las personas de su propia enfermedad, de las formas de prevenirlo, o incluso al conocerlo, falla la prevención. La epidemia del VIH afecta de forma importante a hombres jóvenes. Entonces, vemos como la población económicamente activa del país se ve debilitada por enfermedades infecciosas perfectamente prevenibles y curables. Es indispensable aumentar la adhesión a TARV haciendo que las estrategias de concientización e implicación del usuario sean realizadas de forma que cada paciente reconozca la importancia de seguir correctamente el régimen terapéutico.

Por último, es importante mencionar una contribución adicional y única de este trabajo; la validación de dos escalas:

1. CEAT-VIH: Usada para medir la adherencia al tratamiento y validada en otros países. En este estudio se logró hacer la validación de la escala en la población estudiada con la colaboración de los autores originales de la misma. Obtuvimos una fiabilidad interna de 0.85, considerada como buena, lo que nos traduce que la encuesta en la población estudiada realmente es capaz de medir lo que quiere medir. Y obteniendo una adherencia de 73.16 (mala).
2. Escala de conocimiento de la enfermedad: fue ideada por los autores del trabajo, tomando en cuenta un grupo de médicos que atienden este tipo de pacientes. Para esta encuesta obtuvimos una fiabilidad interna de 0.73 considerada como aceptable, lo que nos traduce que la encuesta en la población estudiada es válida para medir conocimiento.

### **Recomendaciones**

Hacer de conocimiento público la situación actual del VIH en Venezuela intentando generar un modelo de actuación político y social para combatir esta epidemia.

Promover la educación de la población susceptible y buscar generar cambios de conducta. Así mismo educar al paciente VIH sobre su propia enfermedad como forma de mejorar sus conductas, adherencia al tratamiento, prevención secundaria y estigma.

Poner en práctica intervenciones de promoción de la salud y madurez sexual desde la escuela.

Estimular a los centros de salud inscritos en el programa VIH-SIDA y a todo médico a incluir en sus historias clínicas aspectos amplios de la vida del paciente VIH-SIDA, incluyendo información socio-demográfica y familiar, aceptación propia y del entorno, grado de instrucción y Graffar, acceso a centros de salud, comorbilidades y estado anímico.

### **Referencias**

1. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de morbilidad 2011. Venezuela.
2. Programa Nacional de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e infecciones de Transmisión Sexual (PNSIDA/ITS) Dirección de Programa de Salud, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Venezuela. 2011.
3. Remor, E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. 2013; 6 (2): 61-73.
4. Casotti J, et al. Factors Associated with Adherence to HAART in Patients with HIV/Aids. *J bras Doengas Sex Transm*. 2011; 23(4):215-221.
5. Shuter J, Sarlo JA, Kanmaz TJ, Rode RA, Zingman BS. HIV-infected patients receiving lopinavir/ritonavir-based antiretroviral therapy achieve high rates of virologic suppression despite adherence rates less than 95%. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007; 45(1):4-8.
6. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. *Clin Infect Dis*. 2006; 43(7):939-941.
7. Johnson MO, Neilands TB, Dilworth SE, Morin SF, Remien RH, Chesney MA. The role of self-efficacy in HIV treatment adherence: validation of the HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). *J Behav Med*. 2007; 30: 359-370.
8. Chesney M, Ickovics J, Chambers, Gifford A, Neidig J, Zwickl B, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. *AIDS Care*. 2000; 12(3): 255-266.
9. Valderama T, et al. Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú). *Pharm Care Esp*. 2012; 14(4): 146-154.

---

## CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VIH-SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

10. Remor E. Self-Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV+ Colombian Population. *SAGE Open*. 2013; 3.
11. Dagli-Hernandez et al. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Preference and Adherence*. 2016; 10: 1787-1793.
12. Reis A, Prista M y Lencastre L. Treatment Adherence, Quality of Life and Clinical Variables in HIV/AIDS Infection. *World Journal of AIDS*. 2013; 3: 239-250.
13. Tovar, V. Montiel, D. Guerra, M. Ibarra, G. Estudio preliminar y exploratorio de los pacientes VIH/SIDA que acudieron al servicio de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas "Dra.: Elsa La Corte" durante los años 1999-2000. *Acta odontol. Venez.* 2003; 41(1).
14. Silva R, Nelson A; Duarte F. Avaliagao da adesao a terapia anti-retroviral em pacientes com Aids. *Rev Fund Care Online*. 2017; 9(1):15-20.
15. ILOAIDS. HIV/AIDS and poverty: the critical connection. Brief october 2005. International Labour Office Programme on HIV/AIDS and the World of Work.
16. Salinas, G. Haacker, M. HIV/AIDS: The Impact on Poverty and Inequality. IMF Working Paper African Department. 2006.
17. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, Gerstoft J, Nordestgaard BG, Obel N. Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1-Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *Clinical Infectious Diseases* 2013;56(5):727-34.
18. U.S. Department of Health and Human Services. AIDS.gov: HIV and Smoking. CDC's HIV Treatment Works. 2013.
19. OIT. Organización Internacional del Trabajo. Informe sobre VIH/SIDA y Trabajo. 2005.
20. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2011 ;58(2):10.
21. Magagula TG, Mamabolo MM, Kruger C, Fletcher L. A survey of HIV- related knowledge among adult psychiatric patients. A South African Study - Part 2. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2012 Sep;15(5):335-9.
22. Aguilera H Alirio J. y Bastidas T., Felipe A. Factores limitantes y potenciadores en la adherencia al tratamiento de antirretrovirales en personas que viven con VIH/SIDA. *Vitae* 2010. N°44. Consultada el 13/10/2017 en: [http://vitae.ucv.ve/index\\_pdf.php?module=articulo\\_pdf&n=4266&rv=97](http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=4266&rv=97)